

Situation des réfugiés à la frontière tuniso-libyenne Durant période du 02 au 22 avril 2011

Ce bulletin est préparé en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il est basé sur les données reçues des partenaires santé et sur les évaluations conjointes du Ministère de la Santé Publique et de l'OMS.

Points saillants :

- Tendence à la stabilisation démographique au niveau des camps de Ras Jedir, dont 40% sont des migrants non rapatriables.
- Arrivée brutale de réfugiés par Dhibat entraînant, jusqu'à ce jour, une augmentation de près de 20% de la population du gouvernorat de Tataouine. Cette situation tend à s'accroître.
- Impact négatif sur le système sanitaire public dans les deux gouvernorats du sud-est tunisien sans compter celui dans le reste des régions du pays.
- Faiblesse de l'appui espéré des organisations internationales au système de santé tunisien déjà souffrant bien avant la crise libyenne.

1. Données démographiques

Durant les trois dernières semaines les caractéristiques des personnes fuyant la Libye ont changé, de même que le profil de la population hébergée en camp.

A la frontière de Ras Jedir, alors que les évacuations conduites par IOM continuaient, le flot des arrivées de travailleurs migrants s'est progressivement tari à partir du 4 avril, notamment entre le 14 et le 18 avril (fig.1). Dans le même temps, le flux des entrées de Libyens à Ras Jedir a brutalement augmenté à partir de la même date (fig.2). Le nombre de Libyens ayant trouvé refuge en Tunisie à partir de la frontière de Ras Jedir n'est pas quantifiable et leur répartition dans les villes proches de la frontière ou dans le pays est actuellement inconnue. Au 22 avril il restait encore à la frontière nord 5950 migrants répartis sur 3 camps autour de Choucha avec 3348 au camp tunisien de Choucha, 840 au camp Emirati et 1762 au camp FICR. Parmi eux, 2374 ne sont pas rapatriables en ce moment vers leur pays d'origine (fig.3 et tableau 1 et 2).

Figure 1 (source IOM)

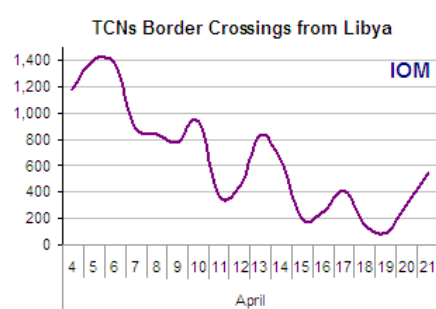


Figure 2 (source IOM)

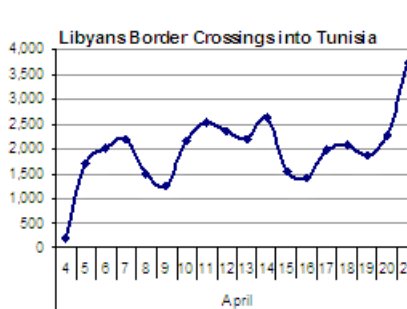
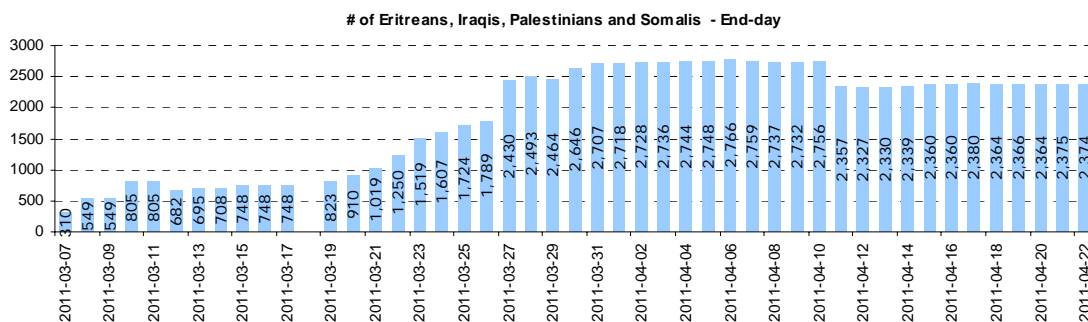


Figure 3 (source IOM/UNHCR)



Le camp de Choucha reste le plus peuplé des trois camps de migrants (fig.4)

Figure 4

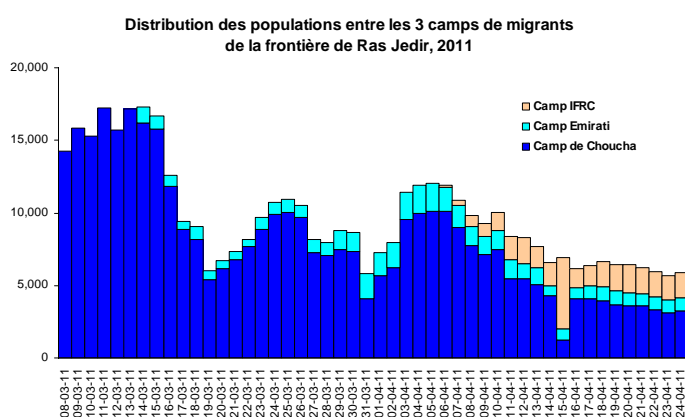


tableau 1 : Profil de la populations des camps au 20 avril 2011 (source UNICEF)

Catégories de population	Camp Choucha	Camp UAE	Camp FICR	Total
Nombre de familles*	577	34	110	721
Nombre de femmes enceintes	21	12	6	39
Nombre total d' enfants	577	84	175	836
• De 0 à 3 ans	202	19	37	258
• De 3 à 6 ans	108	17	53	178
• De 6 à 12 ans	94	21	56	171
• De 12 à 18 ans	173	27	29	229

* Un couple est compté comme une famille. Les familles avec enfants dans le camp de Choucha ont également moins d'enfant en moyenne que celle des deux autres camps.

La frontière de Dhibat, a également vu passer un afflux des entrées (fig.6). Plus de 30000 Libyens qui auraient passé cette frontière depuis le 6 avril. La plupart seraient présent dans le Gouvernorat de Tataouine (tableau 2). De plus, environ 380 familles (soit près de 2300 réfugiés libyens) seraient réparties entre les villes de Zarzis et de Djerba. Mais ces données sont officieuses et probablement sous estimées. Parmi ces 30000 personnes, seulement un peu plus de 2.200 (environ 7.5%) sont comptées dans le camp de Remada et le centre de transit de Dhibat(fig.7). En terme de profil de population, le camp de Remada comptait au 17 avril une population de 731 personnes dont 350 enfants et formant 118 familles toutes d'origine Libyenne (source UNHCR). Le profil du camp actualisé au 22 avril n'est pas encore disponible.

Figure 6 (source UNHCR)

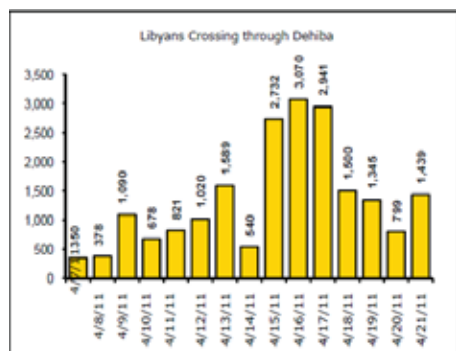


Figure 7

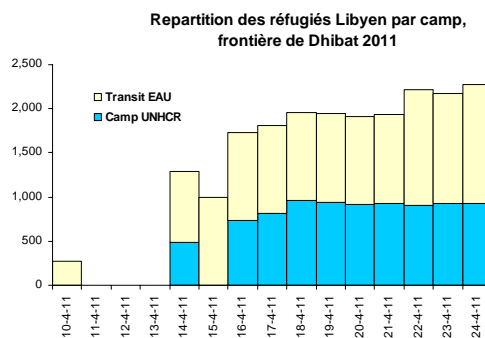


Tableau 2. Population migrante et réfugiée en provenance de Libye estimée par site, 2011 (chiffres partiels)

DATE	Migrants, Gouvernorat de Medenine*			Refugiés, Gouvernorat de Tataouine**			
	Pouvant être rapatriés	Ne pouvant pas être rapatriés	Total	Maison jeunes et transit de Dhibat	Camp de Remada	en famille d'accueil autour de Tataouine***	Total
10 avril	7265	2756	10021	268	0	780	1048
14 avril	4218	2339	6557	800	485	2610	3895
20 avril	4042	2364	6406	+/-1000	914	4984	6898
21 avril	3882	2375	6257	+/-1000	930	11000	12930
22 avril	3576	2374		1314	907	21400	23621

* Estimation OMI et HCR

** Estimation basée sur des chiffres non officiels

*** Nombre d'arrivées (nombre de personnes ayant quitté le gouvernorat inconnu)

2. Le système de prise en charge médico-chirurgicale

2.1. A la frontière de Ras Jedir

- A la frontière même, un **dispositif de prise en charge de première ligne** par poste médical avancé (PMA) est mis en place pour répondre en cas d'afflux de populations et de blessés. Il inclue la Protection Civile qui sera probablement appuyée par Merlin pour le tri médical, un poste de tri chirurgical organisé par la santé militaire et une consultation au camp de transit de Taaoun organisée par IMC.
- **La prise en charge des soins de santé primaire** pour les migrants continue à être assurée par les équipes médicales du camp EAU, et par le Croissant Rouge Tunisien et la Fédération internationale de la Croix et des Croissants Rouges (FIRC) dans le camp de la FICR. Dans le camp tunisien de Choucha, la prise en charge en soins de santé de base est maintenant répartie entre l'hôpital militaire tunisien, l'hôpital de campagne marocain et les médecins et personnel paramédical volontaires de la région de Sfax. Les critères standards OMS¹ en matière d'accès aux soins sont pour l'instant remplis sur l'axe Ras Jedir-Choucha.
- **La vaccination des enfants de moins de 2 ans** continue selon le calendrier vaccinal tunisien avec une extension pour couvrir les enfants de 9 mois à 14 ans contre la rougeole. Les

¹ Indicateurs clés par catégorie et leurs critères de référence proposés par le groupe global de responsabilité sectorielle pour la santé http://www.who.int/hac/network/global_health_cluster/indicateurs_cles_par_categorie_fr.pdf

femmes enceintes sont vaccinées contre le tétanos. Les vaccinations sont assurées par des équipes de circonscription de Ben Guardene, Medenine et Zarzis en collaboration avec l'équipe de FNUAP sur site. Le changement de profil de la population des camps, dont 40% est maintenant composée de personnes vivant en famille et ne pouvant être rapatriées (tableau 1) a conduit à revoir les stratégies de vaccination. La vaccination se fait maintenant à des jours différents au niveau de chaque camps (le mardi à Choucha, le mercredi au camp Emirati et le vendredi au camp FICR). Nous ne disposons jusqu'à présent pas de chiffres permettant d'évaluer cette activité.

- **Les activités de santé reproductive** sont prises en charge par le FNUAP, en collaboration avec l'Association Tunisienne en Santé Reproductive (ATSR) et l'Office National de la Famille et de la Population (ONFP) avec la participation du gynécologue de l'hôpital marocain. Les activités incluent la prise en charge des femmes victimes de violences. Les cas de complications obstétricales et gynécologiques continuent d'être référés à l'hôpital de Ben Guerdane par les services de référence du camp, sous la coordination de l'hôpital militaire tunisien (gestion des ambulances).
- **L'appui psychologique** est assuré par Médecins Sans Frontière (consultations individuelles et groupes de parole) en coordination avec les psychiatres des hôpitaux militaire tunisien et de campagne marocain. Par ailleurs, plusieurs organisations participent à des programmes psycho-sociaux au travers de la conduite de discussion de groupe, notamment MSF, le FNUAP, et l'UNICEF.
- **La prise en charge des références de second niveau** est assurée, selon le cas, par l'hôpital militaire tunisien, l'hôpital de campagne marocain et l'hôpital de Ben Guardane. Les hôpitaux régionaux, Ben Guerdane, Zarzis, Médenine et Jerba qui disposent d'un plateau technique médical diversifié continuent à recevoir les cas sévères nécessitant des soins spécialisés ou de longue durée y compris les cas de tuberculose (à Médenine). Les hôpitaux de Gabès et surtout de Sfax sont sollicités surtout pour les cas de chirurgie lourde, de psychiatrie et les spécialités manquantes au niveau des régions plus au sud.

2.2. Dans le gouvernorat de Tataouine

Le dispositif de prise en charge pour le Gouvernorat de Tataouine s'est transformé à partir du 10 avril pour répondre à l'arrivée des réfugiés. Il est actuellement composé comme suit :

- Près de la frontière, un **centre de tri médico-chirurgical** est organisé, cette fois par MSF. Ce dispositif a été récemment complété d'un second centre de tri mis en place par la Santé Militaire Tunisienne. Le Centre de Santé de Base (CSB) de Dhibat est aussi réaménagé par les équipes de santé militaire pour permettre la prise en charge immédiate des blessés.
- **Les soins de santé de base** sont assurés par une consultation médicale pour le transit de Dhibat organisée par la santé militaire de Tunis, aux côtés de laquelle le Croissant Rouge Tunisien assure le renouvellement des ordonnances pour les pathologies chronique. **La santé reproductive** est elle assurée par une équipe de l'ATSR et **l'appui en santé mentale** par MSF. Ce même dispositif existe également au camp de Remada. Les réfugiés hébergés dans la maison des jeunes de Tataouine sont pris en charge par un système d'astreinte organisé par le Croissant Rouge Tunisien. Par ailleurs, une consultation gratuite pour réfugiés est organisée en ville de Tataouine par des médecins privés, un ensemble d'organisations régionales et avec l'appui de la Direction Régionale de la Santé de Tataouine. Les réfugiés en famille d'accueil autour de Tataouine ont de plus en principe accès aux soins dans les structures de santé publique du gouvernorat. Si les critères standards d'accès aux soins semblent remplis pour les réfugiés vivant en collectivité (maison des jeunes/camps/points de transit), l'accessibilité aux soins des réfugiés vivant en famille d'accueil reste à vérifier, tant du point de vue

géographique, de l'accès aux médicaments chroniques², mais aussi du point de vue culturel et traditionnel (accessibilité des réfugiées aux services de soins en l'absence d'un conjoint accompagnant ?).

- **Vaccinations:** Le décompte des enfants par tranche d'âge au 22 avril n'est pas encore disponible. Sur cet axe, les activités de vaccination seront gérées par les services de proximité, à savoir le centre de santé de base de Dhibat situé à 300 mètre du site de transit et l'hôpital de circonscription de Remada pour le camp UNHCR de Remada. Les vaccinations seront là aussi conduites par les équipes de la santé publique du gouvernorat (programme élargi de vaccination et vaccination des femmes enceintes contre le tétanos).
- **La prise en charge des références de second niveau** est effectuée par l'hôpital de circonscription de Remada (8 lits de médecine, 4 de maternité et 2 d'observation) et la référence chirurgicale et obstétricale par l'hôpital régional de Tataouine et au-delà vers les différents autres hôpitaux des régions avoisinantes. L'organisation Non Gouvernementale (NGO) Merlin est présent à l'hôpital de Tataouine avec un chirurgien orthopédique spécialisé en chirurgie de guerre. Le personnel de l'hôpital de Tataouine doit aussi recevoir un appui en médecins de santé publique pour répondre à l'afflux de population dans le gouvernorat et répondre aux besoins de la région particulièrement pour la prise en charge d'éventuel blessés de guerre..
- **Les activités de santé reproductive** sont également assurées par un dispositif identique à celui de Choucha, avec une équipe de l'ATSR dans le camp de Remada, l'hôpital de circonscription de Remada et l'hôpital régional de Tataouine servant respectivement de structure de première et deuxième référence respectivement.

2.3. Dans les structures de prise en charge des blessés

Le CICR propose un appui en formation à la gestion des blessés en masse et à la chirurgie de guerre pour le personnel de santé de Sfax. Une nouvelle formation sera également effectuée à Zarzis, en prolongation de la formation déjà effectuées le 23 mars 2011.

L'ONG Merlin travaille pour mettre en place un appui à l'hôpital de Tataouine, par le biais de la présence d'une équipe spécialisée en orthopédie de guerre et d'une formation en gestion de blessés de masse.

3. Eau et assainissement

3.1. A la frontière de Ras Jedir

L'UNICEF reste le chef de file du groupe travaillant sur l'eau et l'assainissement. Du fait de la décroissance du nombre de migrants présents sur les camps de Choucha, Emirati et de la FICR, et des aménagements apportés depuis la création des camps, les critères standards sphères sont maintenant pleinement respectés. La priorité actuelle est donc de démarrer la deuxième phase des activités, par le remplacement des installations temporaires mises en place dans l'urgence dans le camp de Choucha par des structures plus pérennes, notamment en matière de latrines. Ceci est une recommandation du groupe de coordination de la gestion du camp pour faire face à la transformation du camp d'un transit pour migrant en cours de rapatriement en un camp appelé à

² Ces populations ont eut à souffrir d'un manque d'accès à ces traitements chronique en Libye depuis le début de la guerre.

abriter à termes des migrants ne pouvant être rapatriés, du fait de la situation d'insécurité prévalent dans leur pays. Un plan pour l'implémentation de ces activités est en cours de développement.

Dans le même temps, les activités de support au MSP par l'UNICEF continuent avec l'expansion pour un mois de plus des activités d'hygiène dans les camps de Choucha et Ras Jedir, par le biais de 2 contrats signés avec entre la Direction Regionale de la Santé de Medenine et des compagnies privées. Ces contrats, financés par l'UNICEF, ont pour but d'assurer le nettoyage et la désinfection des installations sanitaires de l'UNICEF et du MSP et la conduite les activités de controle de la présence des rats, serpents et insectes, scorpions compris. Par ailleurs, une enquête sur l'offre de service disponible pour l'appui au MSP à permis d'identifier à Medenine une compagnie privée qui sera à même de mettre du personnel qualifié à disposition pour la construction et la maintenance des installations sanitaires dans les camps de réfugiés.

3.2. Sur l'axe Dhibat-Remada

L'UNICEF, en collaboration avec le MSP, a fait parvenir 2 douches, 1 latrine et 200 kits d'hygiène au centre des jeunes de Dhibat, qui accueillait les premiers réfugiés en provenance de la Libye. Le centre est maintenant équipé d'un total de 3 douches et 4 latrines.

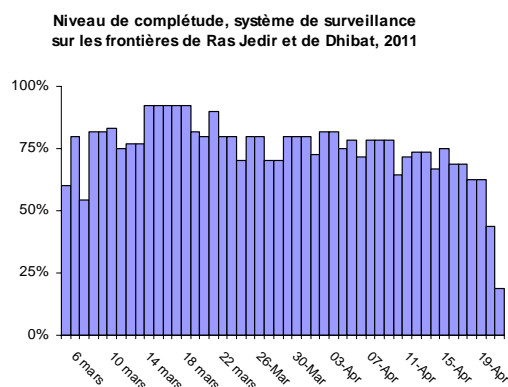
De plus, et toujours en collaboration avec le MSP, l'UNICEF a fait parvenir dans le camp UNHCR de Remada quelques 20 toilettes chimiques, 2 douches, 200 comprimés de purification de l'eau, et 1 testeur de qualité de l'eau (emprunté à ACF) ainsi que 500 kits d'hygiène, pour faire face à l'ouverture prématurée du camp le 10 avril alors qu'il était toujours en cours de construction.

4. Surveillance épidémiologique

4.1. Lacunes dans le fonctionnement du système de surveillance

Le système de surveillance vise essentiellement à détecter au plus vite les maladies à potentiel épidémiologique et plus d'estimer la charge de travail au niveau des sites de prise en charge des migrants et réfugiés. Mis en place dès le 2 mars 2011 sur la frontière de Ras Jedir, il vient d'être renforcé sur la frontière de Dhibat. Cependant, ce système rencontre des difficultés à remplir ses fonctions depuis 2 semaines, du fait d'une chute de la complétude. Certaines unités de consultations tardent à fournir les données. Par exemple, au moment de la finalisation de ce bulletin (25 avril), seulement 19% des structures ont fourni leurs données du 22 avril et aucune des données du 23 et 24 avril ne sont parvenues à l'équipe de coordination du MSP (fig.8). De plus, la fréquence de renouvellement des équipes sans transmission à la prise de relais de la surveillance empêche toujours l'étude des données désagrégées par sexe.

Figure 8



4.2. Consultations médicales

Sur la période de suivi, 3 cas suspects d'hépatite ont été signalés (tableau 3) à Choucha, dont deux le 4 avril (non notifiés) et un le 9 avril, notifié et transféré pour diagnostic à l'hôpital de Ben Guardene. Aucun cas n'a été suspecté depuis le 9 avril soit 2 semaines.

Sur l'axe Ras Jedir-Ben Guardene, le total des consultations répertoriées entre le 23 février et le 22 avril 2011 s'élève à 56466. Une baisse du nombre de consultation semble avoir eu lieu entre le 11 et le 17 avril. Il n'est pour l'instant pas possible d'évaluer la baisse de fréquentation pour la semaine en cours (tableau 3 et fig. 9). Même si une décroissance est observée dans la fréquentation des services de soins depuis le 18 avril, le pourcentage de population consultant quotidiennement reste très élevé (5% le 21 avril), probablement partiellement en rapport avec le rapide renouvellement de la plus grande partie de la population (fig.10).

Tableau 3. Répartition des consultations médicales sur les camps de migrants de la frontière de Ras Jedir entre le 23 février et le 22 avril 2011 (chiffres partiels)

Site de consultation (date début)	N° de consultations depuis le début	N° de consultations sur les 4 dernières semaines			
		28/03-03/04	04-10/04	11-17/04	18-24/04*
Ras Jedir (23/02)	8470	768	378	280	181
Camp de Choucha (24/02)	41087	5129	6383	3751	1035
Camp Emirati (13/03)	5194	1,010	1,131	586	413
Camp IFRC (6/03)	1715	0	371	766	578
Total	56466	6907	8263	5383	2207

*semaine en cours et données incomplètes pour le 22 avril

Figure 9

Nombre de consultations quotidiennes par camp
Frontière Tuniso-Lybienne de Ras Jedir, 2011

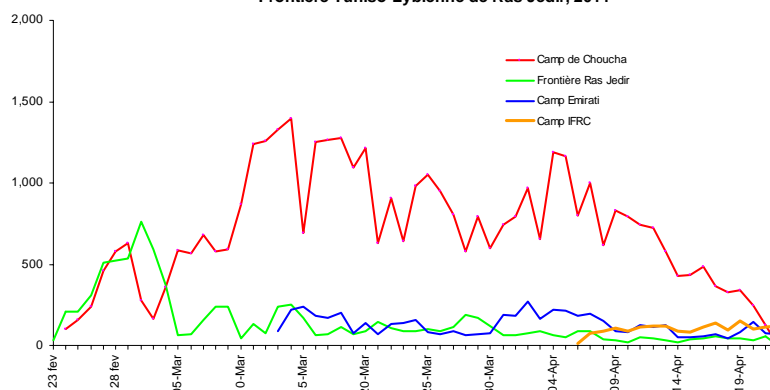
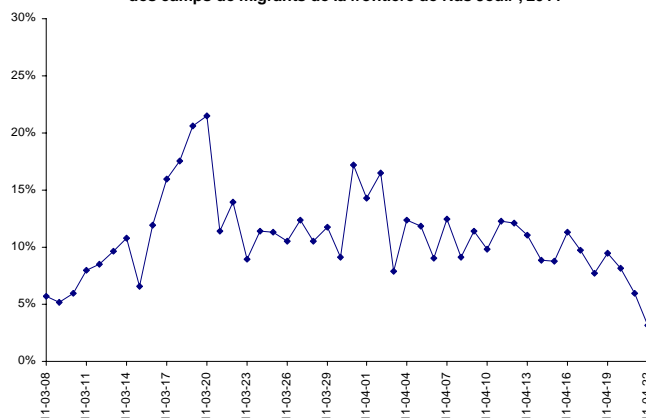


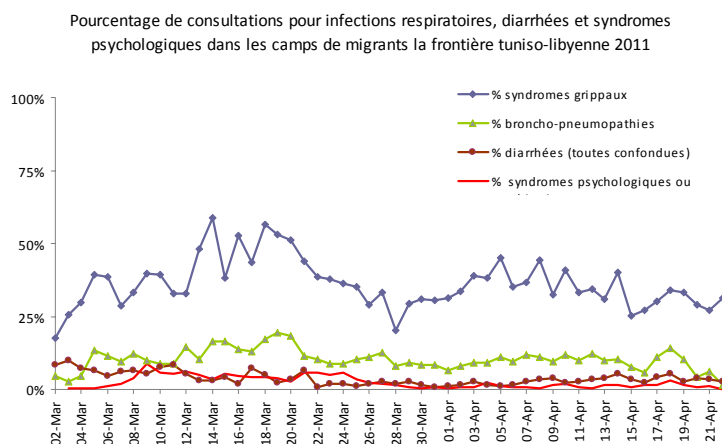
Figure 9

Ratio consultations / population
des camps de migrants de la frontière de Ras Jedir, 2011



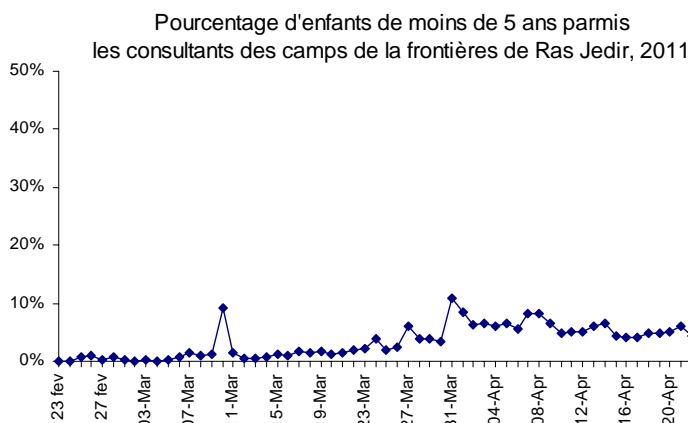
Même si elle est en décroissance, la proportion de pathologies respiratoires (type syndrome grippal et broncho-pneumopathie) représente encore plus de 30% des consultations (fig.10).

Figure 10



Du fait de l'augmentation de la présence d'enfants au camp, le pourcentage de consultation les concernant a augmenté et atteint maintenant environ 5% du total quotidien (fig.11)

Figure 11



Sur l'axe Dhibat-Tatouine,

- **Dhibat:** Les données de consultation ne sont pas disponibles pour le moment sur Dhibat, que ce soit pour l'hôpital ou pour le camp de transit.
- **Remada :** Un total de 179 consultations ont été répertoriées pour la population réfugiée de Remada dont 65% des consultations ayant eut lieu au camp. Les données ne sont pas disponibles depuis le 20 avril (fig. 12). Le pourcentage de consultation pour enfant de moins de 5 ans avoisine les 30-40% du total des consultations pour réfugiés organisées au camp et à l'hôpital de Remada (fig.13).

Figure 12

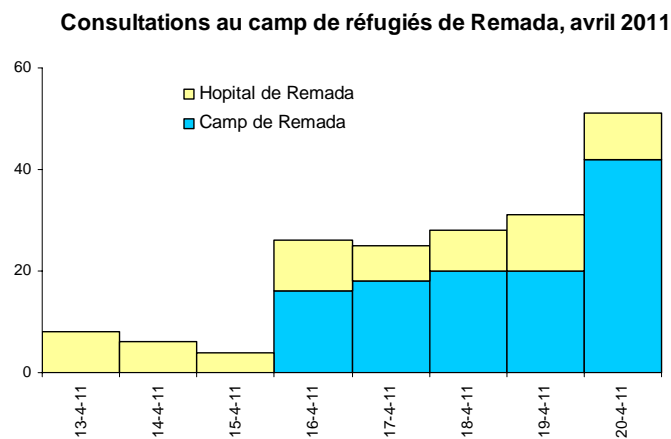
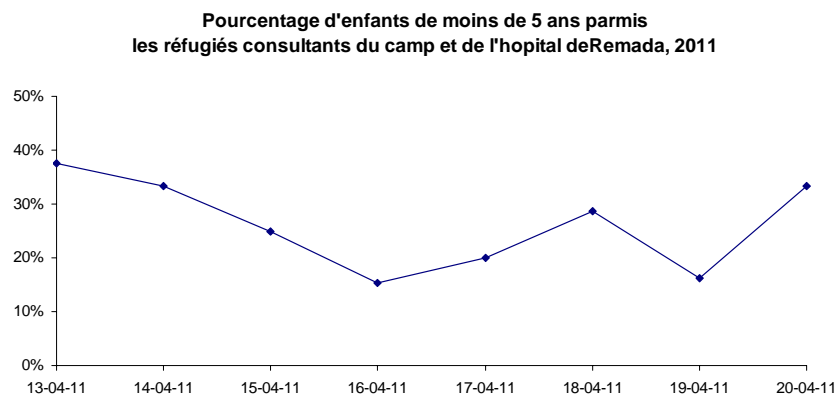


Figure 13



4.3. Impact de la présence des migrants et réfugiés sur les structures de la région

Trois bateaux sont arrivés avec les blessés ou malades avec leurs accompagnants en provenance de Misrata le 4 avril à Sfax (71 patients), le 16 avril a Zarzis (72 patients) et le 24 avril a Sousse (57 patients).

Une étude est en cours pour quantifier le poids des références médicales et chirurgicales sur les structures de santé de second niveau des régions affectées.

Une étude sur l'impact de la présence de population réfugiée sur l'activité de soin des centres de santé de base de la région de Tataouine est également en cours.

4.4. Décès / Naissances

Cinq décès ont été enregistrés entre le 23 février et le 1^{er} avril. Entre le 2 et le 22 avril, 3 décès de plus sont comptés, dont deux à l'hôpital régional de Tataouine (polytraumatisé le 9 avril et blessure par balle le 16 avril) et un le 7 avril à l'hôpital de Zarzis (décès à l'arrivée).

5. Enjeux actuels et à venir

5.1. Accès aux soins de santé primaire

L'hôpital de référence de Tataouine a vu une augmentation significative de son activité médicale et chirurgicale. Merlin propose un appui en chirurgie orthopédique et le MSP a dépêché des médecins de santé publique pour renforcer le personnel de l'hôpital. Il reste maintenant à appuyer la structure en termes d'approvisionnement en médicaments, matériel médical et consommables mais aussi en personnel para médical. Les activités de prise en charge psychologique des victimes, et de santé reproductive restent à renforcer.

L'afflux de réfugiés Libyens par la frontière de Dhibat a induit une augmentation actuelle d'au moins 20% de la population du gouvernorat (90% étant en familles d'accueil). L'impact de cette arrivée sur l'activité des centres de santé de base et les hôpitaux est encore difficile à estimer. On peut s'attendre à des problèmes budgétaires certains pour l'approvisionnement en médicaments essentiels et en vaccins. Par ailleurs, la population Libyenne nécessite d'avoir une approche culturellement sensible, notamment de prévoir que des consultations médicales pour femmes puissent être effectuées, préférentiellement, par du personnel féminin.

Pour l'instant, hormis au centre de santé de Dhibat à l'hôpital de Tataouine, aucune ONG n'appuie les structures de santé de la région, que ce soit en terme de personnel, d'approvisionnement, d'appui psycho-social ou d'activité de santé reproductive. Une évaluation systématique des besoins des structures type CSB doit être conduite et un système de suivi de la charge de travail (nombre de consultations quotidiennes) doit être mis en place prochainement pour suivre l'évolution de la demande et des besoins. Il est urgent d'identifier des partenaires susceptibles d'appuyer cette évaluation des besoins mais aussi la mise en place de la réponse de santé aux travers du renforcement des capacités des structures sanitaires des gouvernorats du sud, au-delà de l'appui à la prise en charge des blessés de guerre.

En complément de l'évaluation des besoins des structures de santé, et du fait de possibles différences culturelles entre la population Libyenne et Tunisienne en matière d'utilisation des services de santé, il est également urgent de trouver des partenaires à même de contribuer à l'évaluation des besoins spécifiques des réfugiés en famille d'accueil. Cette évaluation permettra de compléter la réflexion sur le choix des stratégies d'intervention de santé à mettre en place pour répondre aux besoins spécifiques de ces 90% de réfugiés hébergés hors camps, notamment des plus vulnérables d'entre eux (santé maternelle et infantile, vaccination, prise en charge des personnes handicapées et âgées).

5.2. Réalisation des activités de vaccinations

Sur l'axe Ras-Jedir-Ben Guardane, il a, à ce jour, été impossible d'obtenir un relevé des activités de vaccination des populations migrantes et l'estimation de la couverture est difficile du fait de la mobilité de ces populations jusqu'à ce jour. La réorganisation de la distribution des familles sur les 3 camps selon leur nationalité étant terminée, il sera maintenant possible d'estimer la couverture vaccinale de la partie fixe de la population de ces camps (40 % à ce jour) par une enquête de couverture. Ensuite, les activités de vaccination devront prioriser les nouveaux arrivants de nationalité susceptibles de rester le plus longtemps dans les camps (personnes non rapatriable du fait d'une situation de guerre dans leur pays d'origine). Ceci implique un enregistrement systématique des familles et de leur composition à l'arrivée dans le camp, et la transmission de ces données aux équipes de vaccination du MSP.

Sur l'axe Dhibat-Tataouine: Les activités de vaccinations dans les camps seront contingentées à la mobilité des populations, pour l'instant imprévisible. Néanmoins, les besoins en appui logistique et en vaccin sont d'ores et déjà à prévoir. Aucune ONG à ce jour n'a émis la possibilité

de participer à cet appui que ce soit sur Dhibat, sur Ramada, ou pour les CSB devant faire face à un afflux de population.

5.3. Coordination des approvisionnements en médicaments essentiels et vaccins

Une coordination des approvisionnements en médicaments essentiels, en matériel consommable, en pharmacie blanche et en matériel chirurgical devient urgent, de façon à ne pas grever encore plus un budget santé déjà limités pour ces régions historiquement défavorisées et déjà largement amputé par la réponse apportée à la crise. Un appui pour l'approvisionnement en vaccins et pour leur distribution est également nécessaire.

Le plan de contingence national présenté aux bailleurs de fond et aux partenaires santé le 14 avril prévoit la mise en place d'un tel mécanisme au niveau régional dans les gouvernorats affectés par l'arrivée de réfugiés et de migrants. Les partenaires de santé en mesure de proposer une contribution dans ce domaine restent à identifier.

5.4. Coordination et prise en charge des références médicales et chirurgicales

Camps de l'axe Ras Jedir- Ben Guarden: Si le système de référence pouvait auparavant prioriser la référence des cas engageant le pronostic vital et les femmes à termes, les besoins ont maintenant évolué. Le passage d'une situation de population en transit vers une population plus stable de migrants et de réfugiés nécessite la mise en place de mécanismes spécifiques de référence non seulement des urgences vitales, mais aussi des cas de maladies chroniques pour suivi de traitement. Ces activités devront être organisées et formalisées selon les normes mises en place par le HCR dans ce genre de situation. Un spécialiste du HCR est en cours d'identification, et, après l'appel lancé il y a trois semaines, une ONG reste à identifier pour assurer ce rôle de référence, en partenariat avec le HCR et avec la santé militaire, qui n'est en mesure d'assurer que la référence des urgences vitales.

Dhibat et Remada: A terme, le même problème de référence des pathologies chroniques nécessitant un suivi hospitalier va se poser, d'autant que les distances entre camps et structures de référence est beaucoup plus importante que sur l'autre axe (Remada est à 45km de Tataouine et Dhibat à plus de 90 km). Le problème concerne le transport aller-retour des patients.

En matière de recouvrement des coûts hospitaliers des références ayant eu lieu à ce jour pour les populations migrantes et réfugiées, là encore, aucun bailleur de fonds ni de partenaires n'a à ce jour été en mesure de proposer un appui dans le cadre du plan de contingence présenté par le MSP le 14 avril.